

13 DE OCTUBRE
2025
REC 2.992

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de bronquiolitis en menores de 2 años
- Buenos Aires: Caso positivo de influenza aviar en aves de traspato en San Andrés de Giles

AMÉRICA

- Alerta epidemiológica por riesgo de intoxicación por metanol
- Brasil: Detectan en la Amazonia una variante pálida de *Aedes aegypti*

- Costa Rica: Brote de infecciones por *Ralstonia mannitolilytica* en siete hospitales

- Estados Unidos: Advierten en Louisiana por casos de botulismo tras inyecciones de bótox sin licencia

- Estados Unidos: Notable aumento de los casos de tos convulsa en Florida

EL MUNDO

- Chequia: Continúan aumentando los casos de hepatitis A
- Francia: Brote de botulismo en Bretagne vinculado al consumo de tortillas importadas de España

- India: Al menos 19 niños murieron tras consumir jarabe para la tos con dietilenglicol

- Palestina: Más de 42.000 habitantes de Gaza sufren lesiones sin poder recibir tratamiento

- República Democrática del Congo: Situación epidemiológica de la enfermedad por el virus del Ébola

- Senegal: Rápido aumento de casos humanos de fiebre del Valle del Rift

- Un estudio de 17 años revela un impacto inesperado de la vacuna contra el VPH

Comité Editorial

Editor Honorario ÁNGEL MÍNGUEZ (1956-2021)

Por su invaluable legado como científico y humanista destacado, y por su esfuerzo en la consolidación del proyecto editorial del REC, como órgano de divulgación destacado en el ámbito de la Epidemiología.

Editor en Jefe

ÍLIDE SELENE DE LISA

Editores adjuntosRUTH BRITO
ENRIQUE FARÍAS**Editores Asociados**

ISSN 2796-7050

ADRIÁN MORALES // ÁNGELA GENTILE // NATALIA SPITALE
SUSANA LLOVERAS // TOMÁS ORDUNA // DANIEL STECHER
GUSTAVO LOPARDO // DOMINIQUE PEYRAMOND // EDUARDO SAVIO
CARLA VIZZOTTI // FANCH DUBOIS // GUILLERMO CUERVO
DANIEL PRYLKA // FERNANDO RIERA // CHARLOTTE RUSS
SALVADOR GARCÍA JIMÉNEZ // ALFONSO RODRÍGUEZ MORALES
PILAR AOKI // HUGUES AUMAITRE // MARÍA BELÉN BOUZAS
JORGE BENETUCCI // EDUARDO LÓPEZ // ISABEL CASSETTI
HORACIO SALOMÓN // JAVIER CASELLAS // SERGIO CIMERMAN
MARIANA MONTAMAT

Patrocinadores


Societad Argentina de Infectología


Adherentes



SLAMVI
Sociedad Latinoamericana de Medicina del Viajero


GEMICOMED
seimc.org


Comité Nacional de Infectología SAP


Distinguido por la Legislatura de la Provincia de Córdoba, según Decreto N° 19197/17, del 17 de mayo de 2017.

© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

Nota de la Editorial: La Editorial no se responsabiliza por los conceptos u opiniones vertidos en entrevistas, artículos y documentos traducidos y/o reseñados en este Reporte, los cuales son de exclusiva responsabilidad de los respectivos entrevistados, traductores, autores o colaboradores.

En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 38, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 124.388 casos de bronquiolitis en menores de 2 años. Los casos presentaron un ascenso que alcanzó niveles de seguridad entre la SE 29 y la SE 34.

Las Unidades de Monitoreo Ambulatorio (UMAs) verificaron un ascenso en las detecciones de virus sincicial respiratorio (VSR) a partir de la SE 19 de 2024, con aproximadamente 73% de los casos registrados entre la SE 24 y la SE 34, y un menor número de detecciones semanales desde la SE 35. En relación a este ascenso de casos, la positividad en las UMAs permaneció por encima de 10% entre la SE 26 y la SE 34. Entre la SE 1 y la SE 39 de 2025, de 3.218 muestras estudiadas, 189 resultaron positivas, con un porcentaje de positividad acumulado de 5,87%. En las últimas SE se verifica un ligero ascenso del porcentaje de positividad del VSR en las UMAs, que se mantuvo por encima de 10% entre la SE 25 y la SE 32, con oscilaciones, y alcanzó su máximo en la SE 29. En las últimas dos SE analizadas (SE 38 y SE 39), se notificaron tres casos de VSR entre las 126 muestras estudiadas.

Los grupos etarios con mayor positividad fueron el de 0 a 4 años y el de los adultos mayores.

Por su parte, la Red Argentina de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG), desde la SE 18 de 2024, registró una tendencia ascendente tanto en los casos de IRAG con diagnóstico de VSR como en el porcentaje de positividad, que alcanzaron valores máximos en la SE 28 de 2024, con un descenso posterior, permaneciendo estable y en valores bajos desde la SE 41 de 2024. Desde la SE 20 de 2025 se registró un nuevo ascenso de las detecciones de VSR entre los casos de IRAG, con tendencia descendente en las últimas SE (promedio de 53 casos semanales en las últimas cuatro SE).

En las últimas cuatro SE, entre 720 casos de IRAG estudiados por técnica molecular, se registraron dos codetecciones de SARS-CoV-2 y VSR y 204 casos de VSR.

Los porcentajes de positividad de los casos de IRAG con diagnóstico de VSR fueron más elevados en los grupos etarios de menores de 1 año, de 1 año y de 2 a 4 años.

La vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios registró un aumento en el número de casos de VSR desde la SE 12 de 2025, con inicio de la actividad estacional a partir de la SE 20. En las últimas dos SE (37 y 38), se notificaron 860 detecciones positivas para VSR.

Por su parte, la vigilancia universal de virus respiratorios en internados y/o fallecidos reflejó un aumento en las detecciones en personas hospitalizadas desde la SE 12 de 2025, con un ligero descenso en las últimas SE. En la SE 38 y la SE 39 se registraron 327 personas internadas con este diagnóstico.

Mediante diagnóstico de laboratorio, el Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) confirmó un caso de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5) en aves de traspatio en la localidad de San Andrés de Giles.



Las muestras fueron analizadas por el Laboratorio Oficial del SENASA en Martínez, luego de recibir la notificación de un cuadro clínico en aves con crestas y barbillas cianóticas, y alta mortalidad dentro de las 48 horas. Agentes del organismo procederán al sacrificio sanitario y enterramiento de todas las aves involucradas, seguido por tareas de limpieza y desinfección del lugar.

Al tratarse de un brote en aves de traspatio (no comerciales), este hallazgo no afecta el estatus sanitario ni las actividades comerciales de Argentina, recientemente autodeclarada libre de la IAAP. El SENASA presentó el [informe](#) correspondiente a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA).

Para evitar la propagación del virus, el organismo sanitario interdictó el predio afectado y delimitó un área de prevención alrededor del brote, con el fin de efectuar la vigilancia y determinar posibles nexos epidemiológicos.

El SENASA recordó a todos los productores de aves comerciales reforzar sus medidas de manejo sanitario, higiene y bioseguridad necesarias y obligatorias para reducir el riesgo de ingreso del virus a sus establecimientos, de acuerdo a la Resolución SENASA N° 1699/2019.

Por su parte, recomendó a los tenedores de aves de traspatio mantener a las mismas en espacios protegidos para evitar el contacto con las silvestres; utilizar ropa exclusiva de trabajo; higienizar y desinfectar periódicamente sus instalaciones; y restringir el acceso de aves silvestres a fuentes de agua y comida en gallineros familiares.

Todas las personas involucradas en la producción, manejo y tenencia de aves domésticas y silvestres deben notificar rápidamente una sospecha de IAAP al SENASA, ya que una detección temprana ante un eventual brote facilita la contención del virus y evita su propagación.

En caso de observar mortandades en aves o signos clínicos compatibles con la enfermedad, es fundamental dar aviso al Servicio Nacional de Sanidad y Calidad Agroalimentaria (SENASA) para su respuesta inmediata y atención de la sospecha. Cualquier persona puede notificar al organismo en:

- la [oficina más cercana](#), personalmente o por teléfono;
- por [Whatsapp](#), al (11) 5700 5704;
- a través del correo electrónico a notificaciones@SENASA.gob.ar;
- por medio del [Formulario Avisá al SENASA](#), disponible en el sitio web oficial.

Para más información, puede ingresar al [Micrositio del SENASA](#).



ALERTA EPIDEMIOLÓGICA POR RIESGO DE INTOXICACIÓN POR METANOL

07/10/2025

En los últimos cinco años al menos cinco países de la Región de las Américas han reportado casos y defunciones relacionadas a intoxicación por metanol; más recientemente Brasil notificó 16 casos confirmados de intoxicación por metanol tras el consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) instó a los Estados Miembros a fortalecer la vigilancia toxicológica y epidemiológica, garantizar el manejo clínico oportuno de los casos, reforzar las acciones de prevención y comunicación de riesgos dirigidas a la población, y coordinar con las autoridades competentes para investigar y controlar la circulación de bebidas contaminadas.

Antecedentes y resumen de la situación

El consumo de alcohol no registrado –es decir, aquel producido, distribuido o vendido al margen del mercado legal– constituye un riesgo sanitario significativo en la Región de las Américas. Hasta el año 2021, aproximadamente 13,8% del alcohol consumido en la región no es contabilizado por los sistemas oficiales, lo cual incluye bebidas informales, productos caseiros, alcoholes sustitutos (adulterados con limpiaparabrisas, enjuagues, anticongelantes, alcohol combustible) o importaciones ilícitas. Estas formas de alcohol son usualmente menos reguladas y pueden contener contaminantes peligrosos, como metanol o metales pesados, que incrementan el riesgo de ceguera, daño neurológico o muerte incluso en dosis relativamente bajas.

El metanol –también llamado alcohol metílico– es un tipo de alcohol que se usa generalmente como aditivo de combustibles y también en la fabricación de productos químicos básicos como, disolventes, líquidos anticongelantes y limpiaparabrisas. Es muy difícil diferenciar el metanol del etanol por su olor o sabor. Sin embargo, el metanol es mucho más tóxico que el etanol dado que el cuerpo humano es menos eficiente para metabolizar el metanol que el etanol y además genera metabolitos tóxicos. Tras su ingestión, las enzimas hepáticas transforman los subproductos de metanol en ácido fórmico y afectar varios órganos, producir hipoxia tisular y acidosis láctica. Pueden producirse síntomas de envenenamiento con volúmenes de metanol pequeños (por ejemplo, 60-240 ml) que de etanol porque el cuerpo es más eficiente para descomponer y eliminar el etanol del cuerpo.

El consumo de alcohol adulterado o producido de forma informal representa un peligro adicional al asociado con el consumo excesivo de etanol. Los brotes de intoxicación afectan la confianza en los productos locales y la seguridad percibida en los destinos turísticos.

Entre 2020 y 2025 se han registrado en América Latina múltiples brotes de intoxicación por metanol asociados al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas. Por ejemplo, en el año 2020, México notificó un brote en el estado de Jalisco con 81 casos confirmados, nueve hospitalizados y 27 fallecidos, principalmente hombres adultos residentes en zonas rurales. Ese mismo año, República Dominicana reportó un evento similar por consumo de bebidas alcohólicas adulteradas, con 322 casos confirmados y 199 fallecidos. En 2022, Perú reportó un incremento sostenido de casos con 372 notificaciones a nivel nacional y 156 fallecidos, afectando a seis regiones del país. Más recientemente, en 2025, Colombia informó 89 casos de intoxicación por metanol, con un brote concentrado en la ciudad de Barranquilla y casos adicionales en otros departamentos.

Durante los último cinco años, Brasil ha reportado en promedio 23 casos por año. En 2025, desde agosto hasta el 5 de octubre, fueron notificados 225 casos sospechosos de intoxicación por metanol, de los cuales 16 fueron confirmados (dos en Paraná y 14 en São Paulo). Los casos sospechosos se registraron en 13 unidades federativas: São Paulo (192 casos), Pernambuco (10), Mato Grosso do Sul (5), Paraná (4), Ceará (3), Goiás (2), Piauí (2), Rio Grande do Sul (2), Distrito Federal (1), Mato Grosso (1), Paraíba (1), Rio de Janeiro (1) y Rondônia (1). Se notificaron 15 defunciones: dos confirmadas en el estado de São Paulo y 13 bajo investigación.

El Ministerio de Salud de Brasil activó una sala de situación nacional para coordinar la respuesta ante este evento, reforzó la notificación inmediata y la vigilancia a través del Centro Nacional de Información Estratégica en Vigilancia de la Salud (CIEVS), y distribuyó reservas de etanol farmacéutico a hospitales. Además, inició gestiones para adquirir el antídoto fomepizol, habilitó laboratorios de referencia para el diagnóstico y articuló acciones intersectoriales con justicia, agricultura y seguridad para fiscalizar y retirar bebidas adulteradas del mercado.

Orientaciones para las autoridades nacionales

Ante el riesgo de intoxicación por metanol asociado al consumo de bebidas alcohólicas adulteradas, la OPS instó a los Estados Miembros a adoptar medidas para la vigilancia, control del mercado de alcohol no registrado y preparación de los servicios para la atención oportuna de estos eventos.

La OPS recordó a los Estados Miembros que, además de las acciones inmediatas de prevención, control y atención clínica, se encuentran publicadas la hoja informativa *Serie Alcohol - El alcohol no registrado en la Región de las Américas*, y las orientaciones regionales sobre vigilancia, políticas públicas y fiscalización del alcohol no registrado en el *Informe sobre la situación del alcohol y la salud en la Región de las Américas 2020*.

Vigilancia y sospecha clínica de casos

Se debe fortalecer la vigilancia epidemiológica de casos de intoxicación por metanol mediante la implementación de sistemas de registro en los servicios de salud. Para este fin se deberán utilizar fichas de recolección de datos estandarizadas para el seguimiento clínico y epidemiológico de los casos que incluyan variables clave como datos demográficos, fuente probable de intoxicación, tiempo de evolución, manifestaciones clínicas (incluyendo manifestaciones visuales y neurológicas), resultados de laboratorio y evolución del caso, así como la asociación con otros casos para la configuración de brote. De esta forma se facilitará la caracterización del evento y la implementación de medidas preventivas y de control.

Una alta sospecha clínica permite identificar casos en fases iniciales, ante personas que presenten síntomas compatibles entre 2 y 48 horas después del consumo de bebidas alcohólicas de origen informal, a granel o sin registro sanitario, aunque ingestas altas pueden tener manifestaciones a los pocos minutos. Los signos iniciales pueden incluir náuseas, vómitos, cefalea y mareo. Posteriormente, pueden manifestarse alteraciones visuales (visión borrosa, fotopsia, escotomas) que pueden progresar a ceguera. En fases avanzadas, se observa compromiso neurológico (confusión, letargo, convulsiones) y falla multiorgánica, frecuentemente asociada a acidosis metabólica con brecha aniónica y osmolar aumentadas. Es también fundamental capacitar al personal de salud en el reconocimiento temprano de los signos clínicos de intoxicación por metanol y en el manejo adecuado de los casos, con énfasis en la prevención de secuelas graves como la ceguera.

Adecuación de los servicios de atención de salud

Frente al riesgo de aparición e incremento de casos, se orienta adecuar los servicios para una respuesta oportuna en todos los niveles de atención. Esto incluye: organización del triaje clínico para intoxicaciones por alcoholes tóxicos; flujos y referencias hacia unidades con capacidad de manejo avanzado; y coordinación operativa con los centros toxicológicos y las salas de situación. Asegurar disponibilidad de insumos diagnósticos y terapéuticos: gasometría, electrolitos, osmolaridad, cálculo de brecha aniónica/osmolar; acceso a antídotos (fomepizol como primera línea donde esté disponible o etanol terapéutico), bicarbonato, ácido folínico/folato y soporte de hemodiálisis cuando esté indicado. En el caso de no tener disponibilidad de alguna de las anteriores, se puede suministrar de forma supervisada, bebidas alcohólicas certificadas de graduación entre 35 y 40%, como medida de prevención para evitar los daños por el alcohol metílico.

Confirmación por laboratorio

Se recomienda realizar gases arteriales, electrolitos, osmolaridad y pruebas de función renal en todos los casos sospechosos. La presencia de acidosis metabólica con brecha aniónica mayor de 10-12 mOsm/kg H₂O orienta al diagnóstico. La confirmación se obtiene mediante la determinación de niveles séricos de metanol, formaldehído o ácido fórmico en sangre u orina, considerando que concentraciones mayores de 20 mg/dL son tóxicas y superiores a 40 mg/dL pueden ser letales. No obstante, niveles bajos o indetectables no descartan la intoxicación si el cuadro clínico es compatible. Como hallazgo característico, estudios de imagen (tomografía axial computarizada cerebral o resonancia magnética cerebral) pueden mostrar infarto bilateral del putamen y/o edema cerebral.

Manejo de caso

El manejo de los casos sospechosos de intoxicación por metanol debe iniciar con la estabilización del paciente y el soporte vital correspondiente. Se recomienda realizar de forma inmediata gases arteriales, electrolitos, osmolaridad plasmática, cálculo de la brecha aniónica, evaluación de la función renal y, cuando sea posible, determinación de niveles séricos de metanol y/o etilenglicol.

El tratamiento incluye la inhibición de alcohol deshidrogenasa mediante el antídoto fomepizol (primera línea, si se encuentra disponible) o etanol intravenoso u oral según los protocolos nacionales. Se sugieren las siguientes dosis:

- Fomepizol: dosis de carga 15 mg/kg IV, seguida de 10 mg/kg cada 12 horas por cuatro dosis, y luego 15 mg/kg cada 12 horas mientras persistan los criterios de intoxicación; en pacientes en hemodiálisis, administrar 10 mg/kg cada 4 horas durante el procedimiento.
- Etanol (alternativa): mantener concentración sérica objetivo cercana a 100 mg/dL; solución al 10% IV, dosis de carga aproximada de 8 mL/kg en 30-60 minutos y mantenimiento de 1-2 mL/kg/h (duplicar durante hemodiálisis); por vía oral (40–50%), carga de 2 mL/kg y mantenimiento de 0,2-0,4 mL/kg/h.

Debe corregirse la acidosis metabólica con bicarbonato y administrar ácido folínico o ácido fólico para favorecer la metabolización del formiato. La hemodiálisis está indicada ante acidosis refractaria, compromiso visual, insuficiencia renal o concentraciones elevadas de metanol. Todas las acciones deben coordinarse con el Centro de Información Toxicológica y notificarse al sistema de vigilancia epidemiológica.

Todo paciente con sospecha de intoxicación por metanol debe mantener los ojos cubiertos y evitar la exposición ocular a la luz, dado el riesgo de lesión en la retina, hasta descartar el cuadro o el fin del tratamiento.

Comunicación de riesgo y participación de la comunidad

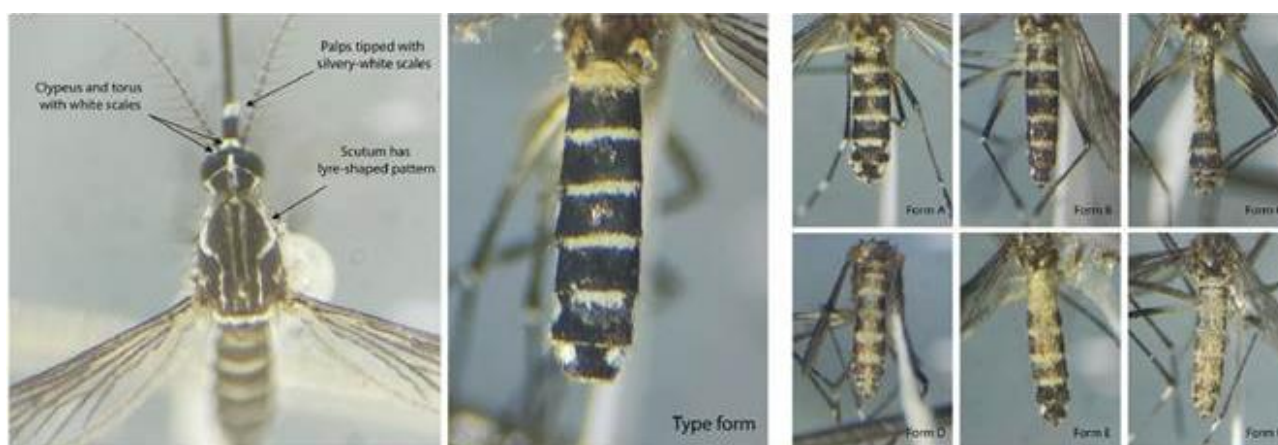
Se debe implementar una comunicación de riesgo rápida y segmentada, enfatizando evitar la compra/consumo de bebidas de origen desconocido o precios subestimados, privilegiar comercios formales y reportar eventos adversos asociados al consumo. También incluir mensajes sobre signos de alarma y rutas de consulta, derivación a centros toxicológicos y servicios de urgencia.

En países donde *Aedes aegypti* es endémico se aprende en la escuela a identificar las características del popular “mosquito del dengue”: negro con rayas blancas en las patas y un patrón en forma de lira en el tórax. Pero estas características, que distinguen visiblemente al mosquito del mosquito común, pueden variar. Es el caso del *Aedes aegypti* variante *queenslandensis*, su variedad “pálida”, con escamas más claras o blancas en el abdomen y el tórax.

En Brasil, la variedad blanquecina solo se había registrado en el estado de São Paulo en 2020. Ahora, investigadores han presentado los resultados de una recolección realizada a fines de 2024 que, por primera vez, confirma la presencia de *Aedes aegypti* var. *queenslandensis* en la Amazonia brasileña.

El [estudio](#) muestra que trampas colocadas en un fragmento de bosque urbano en Macapá, al norte del país, del 19 al 24 de diciembre de 2024, se capturaron 191 individuos de la variedad pálida, cinco de los cuales presentaban el fenotipo completamente blanco.

Los investigadores aclaran que no se trata de una subespecie, sino de una variación morfológica del mismo mosquito, que, además del dengue, puede transmitir la fiebre zika, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla. Esto significa que no hay evidencia de un mayor potencial de transmisión de estas enfermedades ni de resistencia a los insecticidas.



Variación del patrón de escamas abdominales en hembras de *Aedes aegypti* var. *queenslandensis* recolectadas en diciembre de 2024 en Macapá, Amapá, Brasil, utilizando trampas BG-Sentinel con BG-Lure. Las imágenes ilustran morfotipos abdominales distintivos basados en la distribución de escamas pálidas en los primeros tergitos, correspondientes a las formas descritas por McClelland (1974). La forma *queenslandensis* presenta una extensa escama pálida que se extiende lateral y posteriormente, mientras que las formas más oscuras presentan parches de escamas pálidas restringidos o fragmentados. Estas variaciones morfológicas reflejan la diversidad intraespecífica dentro de *Ae. aegypti* y pueden facilitar la identificación en campo.

Mientras tanto, el hecho de que la variedad pálida sea más común en las regiones cálidas y urbanizadas del Sudeste Asiático, Australia y el Mediterráneo es una señal de alerta.

Por ser genéticamente indistinguible de la forma típica y cruzarse libremente con ella, no se trata de la aparición de un nuevo vector, sino de un aumento de la resiliencia de la población al calor y la baja humedad, lo que puede reducir la estacionalidad y ampliar las ventanas de transmisión de los arbovirus.

El registro de la variedad pálida de *Aedes aegypti* debería ser motivo de preocupación, en especial porque enfermedades como el dengue siguen siendo un importante problema de salud pública en Brasil.

En 2025, hasta el mes de septiembre, Brasil registró más de 1,6 millones de casos probables de dengue, con 1.665 muertes confirmadas. En el estado de Amapá, donde se realizó la recolección, los casos de dengue aumentaron de 620 en 2023 a 5.071 en 2024.

Vigilancia

Los investigadores creen que la variedad pálida de *Aedes aegypti* podría haber llegado a la región a través del puerto de Santana, a 9,5 kilómetros de donde se colocaron las trampas. Esta ruta ya se ha vinculado con la introducción de *Aedes albopictus* en 2019.



La variante de *Aedes aegypti* hallada en la Amazonia brasileña no es una subespecie, sino una variación morfológica del mismo mosquito, que, además del dengue, puede transmitir la fiebre zika, la fiebre chikungunya y la fiebre amarilla.

Por eso, una de las recomendaciones es ampliar en la región la vigilancia entomológica, que se caracteriza por un conjunto de acciones destinadas a identificar y comprender la ocurrencia de alteraciones en los patrones de salud, buscando adoptar medidas de promoción de la salud y control de enfermedades.

Además de eso, las políticas públicas deben incluir la comunicación sobre la incidencia de esta variedad de mosquito.

Estas diferencias visuales pueden dar la impresión de que no se trata de *Aedes aegypti*, por lo que es fundamental comunicar al público que el ‘mosquito del dengue’ también puede ser blanquecino, y que esta apariencia no lo hace menos peligroso ni indica una especie distinta.

Los grupos de vigilancia también deben estar capacitados para reconocer y registrar correctamente el fenotipo pálido en el campo.

Cambio climático

Aún no existen suficientes estudios que atribuyan la incidencia de la variedad pálida de *Aedes aegypti* al cambio climático. Actualmente, esta es una relación plausible. Esta forma se asocia a ambientes urbanos cálidos, y su expresión fenotípica –las escamas más claras en el abdomen– puede verse modulada por las condiciones ambientales, incluido el clima.

Sin embargo, ya hay evidencia de que el clima y la urbanización pueden afectar a las poblaciones de *Aedes aegypti* en su conjunto.

Un [estudio](#) reciente presentó los resultados de simulaciones que proyectan un aumento significativo de las poblaciones de mosquitos en todo Brasil para 2080, en particular en las regiones Sur y Sureste.

En un escenario de altas emisiones de gases de efecto invernadero, este aumento podría alcanzar hasta 92% en el Sureste y el 89% en el Sur.

En el norte de Brasil, este aumento no se observaría, pero por una razón que no deja de ser extremadamente perjudicial: el calor extremo puede superar los límites de tolerancia de los mosquitos.

El estudio avanza en el enfoque tradicional, que solo considera la temperatura y las precipitaciones. Usa un modelo biológico que simula el ciclo de vida real del mosquito y luego lo combina con proyecciones climáticas futuras y tendencias de urbanización.

Más que una “ventana al futuro”, el estudio muestra que la mitigación del cambio climático hace la diferencia. Esto se debe a que, si se reducen las emisiones de gases de efecto invernadero según los objetivos del Acuerdo de París, el aumento de la densidad de mosquitos disminuiría de 30% (índice verificado en el escenario de altas emisiones) a 10%.

El estudio sirve como hoja de ruta para la preparación local y como recordatorio de que las decisiones climáticas globales que se tomen hoy determinarán el impacto de las enfermedades transmitidas por mosquitos en el futuro.



El Ministerio de Salud de Costa Rica informó a la población que, en conjunto con la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS), se mantiene una investigación y seguimiento ante la detección de un brote por la bacteria *Ralstonia mannitolilytica* en algunos servicios hospitalarios del país.

Hasta la fecha, se han identificado 10 personas afectadas, entre ellas siete hombres y tres mujeres, con edades que van desde recién nacidos hasta adultos mayores. Todos los pacientes han recibido la atención médica correspondiente y la evolución ha sido favorable en la mayoría de los casos. Es importante destacar que no se reportan fallecimientos asociados a este evento.

Los siete establecimientos en los que se detectó la presencia de la bacteria *Ralstonia mannitolilytica* durante 2025 son los siguientes: Hospital 'Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia' de San José, Hospital 'San Rafael' de Alajuela, Hospital 'San Juan de Dios' de San José, Hospital Nacional de las Mujeres 'Dr. Adolfo Carit y Eva' de San José, Hospital Nacional de Niños 'Dr. Carlos Sáenz Herrera' de San José, Hospital 'Dr. Enrique Baltodano Briceño' de Liberia y Hospital 'México' de San José.

Ralstonia mannitolilytica es una bacteria que puede encontrarse en ambientes húmedos como el agua y el suelo. En personas con defensas bajas o con condiciones de salud delicadas, puede causar infecciones asociadas a la atención médica.

Las autoridades de salud han activado medidas de vigilancia, control e investigación en los hospitales donde se han detectado los casos. Como parte de las recomendaciones se incluye:

- Toma y análisis de muestras de agua, desinfectantes, jabones, soluciones médicas y equipos utilizados en los centros de salud.
- Reforzamiento de las medidas de limpieza, desinfección e higiene de manos.
- Aplicación de protocolos de aislamiento en los pacientes afectados y sus contactos.
- Supervisión sanitaria conjunta entre el Ministerio de Salud y la CCSS para garantizar el cumplimiento de las medidas de bioseguridad.

El Ministerio de Salud mantiene en marcha las acciones necesarias para controlar el brote y proteger la salud de los pacientes.

Se recordó a la población la importancia de mantener buenas prácticas de higiene, especialmente el lavado frecuente de manos, para prevenir infecciones.

La institución continuará brindando información oportuna conforme avance la investigación.

Ralstonia mannitolilytica es una bacteria gramnegativa oportunista que habita en ambientes húmedos como el agua, las superficies hospitalarias o las tuberías, y que puede contaminar productos médicos o farmacéuticos. Aunque es poco frecuente, representa un desafío relevante para la salud pública.

Esta bacteria ha demostrado una notable resistencia antimicrobiana, lo que complica su tratamiento y exige el uso de combinaciones de fármacos costosos o de última línea. Su capacidad para colonizar equipos y soluciones médicas le permite sobrevivir en sistemas de agua o en productos farmacéuticos contaminados (como soluciones, ampollas, lotes de fármacos), lo que facilita su diseminación silenciosa dentro de los hospitales y favorece los brotes.

Los niños, las personas mayores, los enfermos crónicos, pacientes con catéteres o dispositivos invasivos, quienes reciben quimioterapia, etc., son los más susceptibles. En estos grupos, una infección puede complicarse en sepsis, neumonía o hasta muerte si no se diagnostica y trata a tiempo.

Los brotes por esta bacteria demandan recursos humanos, diagnósticos costosos, elegibilidad de antibióticos especiales, así como tiempo extra en cuarentenas, aislamientos y protocolos de limpieza, lo que puede saturar hospitales, afectar la confianza pública y provocar cancelaciones o demoras en otros servicios.

Desde una perspectiva epidemiológica, la aparición de brotes en distintos países pone en evidencia la necesidad de reforzar la vigilancia hospitalaria. Brotes similares al actual se han reportado en otros lugares del mundo.

- En Italia, en la Región Friuli-Venezia-Giulia, se registró un brote entre enero y abril de 2023, en pacientes de hemodiálisis con catéteres vasculares centrales. Se identificó como fuente un lote contaminado de uroquinasa importado de India. Al retirar el producto contaminado, se controló el brote, que afectó a unas 20 personas.
- En Argentina, en la ciudad de Concordia, provincia de Entre Ríos, se produjo un brote en pacientes inmunodeprimidas con tratamientos de quimioterapia. Se identificó contaminación en ampollas de dexametasona de un lote específico. Hubo seis pacientes afectados.
- También se han descrito situaciones semejantes en Alemania y otros países europeos, en los que especies del mismo género (*Ralstonia pickettii*) contaminaron soluciones salinas y dispositivos médicos.

Estos eventos demuestran el potencial de *Ralstonia mannitolilytica* para generar brotes hospitalarios complejos y ponen de relieve la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica constante, con controles de esterilidad en los productos farmacéuticos, una limpieza rigurosa en las áreas hospitalarias húmedas y un uso racional de los antibióticos. Asimismo, es esencial proteger a los pacientes de riesgo mediante una supervisión estrecha y la aplicación de protocolos estrictos de bioseguridad.

Esta bacteria representa un recordatorio del riesgo que implican los patógenos oportunistas en el ámbito hospitalario. La prevención, la detección temprana y la respuesta coordinada son herramientas clave para evitar que infecciones controlables se transformen en amenazas para la salud pública. Su aparición reciente en Costa Rica subraya la necesidad de fortalecer los sistemas de prevención, control y respuesta inmediata ante infecciones nosocomiales.

Funcionarios de salud del estado de Louisiana están recordando al público que evite recibir toxina botulínica, o inyecciones de bótox, de fuentes no autorizadas y entornos no médicos después de que se reportaran dos informes no relacionados de enfermedades graves después de inyecciones de toxina botulínica entre residentes de Louisiana en septiembre.

Según el Departamento de Salud de Louisiana, un paciente recibió inyecciones de un producto de toxina botulínica sin licencia, comprado en línea, y otro paciente recibió inyecciones de una persona con licencia desconocida en un entorno no médico. Estos pacientes comenzaron a experimentar síntomas similares al botulismo unos días después de las inyecciones. Ambos experimentaron una enfermedad grave que requirió hospitalización.

En todo Estados Unidos, se han vinculado eventos adversos, incluyendo hospitalizaciones, al bótox falsificado. Estos incidentes ocurren cuando personas con y sin licencia inyectan bótox falsificado, o en entornos no médicos o sin licencia. Los productos de toxina botulínica a veces se compran a través de proveedores en línea sin licencia, como vendedores que se anuncian en plataformas de redes sociales como TikTok. Se ha reportado que la comunicación y compra de los productos con estos proveedores se realiza a través de plataformas de mensajería, como WhatsApp. Los medicamentos adquiridos a través de fuentes sin licencia pueden estar mal etiquetados, adulterados, falsificados, contaminados, almacenados y transportados incorrectamente, ser ineficaces o inseguros.

El Departamento de Salud de Louisiana instó a los residentes a mantenerse seguros siguiendo estos pasos al recibir inyecciones de toxina botulínica:

- Asegurarse de que el producto provenga de un proveedor autorizado de toxina botulínica aprobado por la Administración de Alimentos y Medicamentos (FDA). Evite comprar bótox en línea o en redes sociales, como TikTok.
- Asegurarse de que el proveedor esté autorizado y capacitado para administrar inyecciones de toxina botulínica.
- Pedir al proveedor que confirme que está utilizando un producto de toxina botulínica aprobado por la FDA y que lo obtuvo de un proveedor autorizado.
- Recibir inyecciones únicamente en un centro de atención médica autorizado o acreditado.
- No autoinyectarse productos con toxina botulínica.
- Consultar a un profesional de la salud o acudir a urgencias de inmediato si se presentan síntomas de botulismo. Se debe buscar atención médica inmediata: un caso sospechoso de botulismo es una emergencia médica. Los síntomas incluyen visión borrosa o doble, párpados caídos, dificultad para tragar, habla arrastrada, dificultad para respirar y debilidad muscular.

El botulismo asociado a inyecciones de bótox es una forma iatrogénica de intoxicación por toxina botulínica tipo A, una neurotoxina producida por *Clostridium botulinum*. Aunque el bótox se utiliza ampliamente en medicina estética y terapéutica por su capacidad para bloquear la liberación de acetilcolina y provocar una parálisis muscular localizada, su uso inadecuado o en dosis excesivas puede causar una intoxicación sistémica potencialmente grave.

El botulismo iatrogénico suele aparecer tras inyecciones mal administradas, uso de productos no autorizados o preparados en condiciones inseguras. Los síntomas incluyen debilidad muscular generalizada, ptosis, disfagia, disartria y, en los casos severos, parálisis respiratoria. A diferencia de otras formas de botulismo, como el alimentario o el infantil, la exposición ocurre por vía parenteral, lo que dificulta el diagnóstico temprano.

Los casos de botulismo asociado a inyecciones de bótox son infrecuentes pero han aumentado con el crecimiento del mercado estético y la utilización de esta sustancia fuera de entornos médicos regulados. La mayoría de los brotes reportados en los últimos años se han vinculado a la aplicación de toxina botulínica de origen no certificado, procedente de mercados ilegales o de uso veterinario. Los países con mayor número de notificaciones son Estados Unidos, China, Turquía y algunos del sudeste asiático, aunque también se han registrado casos esporádicos en Europa y América Latina.

El control epidemiológico de esta enfermedad requiere la vigilancia de los productos utilizados, la capacitación del personal que aplica las inyecciones y la notificación inmediata de los casos sospechosos. A pesar de su rareza, el botulismo por bótox constituye un recordatorio de los riesgos que conlleva el uso inapropiado de toxinas biológicas, incluso en contextos estéticos considerados seguros.

Los casos de tos convulsa en Florida se han disparado este año, marcando un incremento de 81% respecto de las cifras de 2024.

Hasta el 27 de septiembre de 2025, se habían reportado 1.295 casos al Departamento de Salud de Florida, en comparación con 715 casos durante todo el año 2024.

Este aumento preocupa a los pediatras por los niños que son demasiado pequeños para ser vacunados o los niños no vacunados, que son los que corren mayor riesgo, especialmente en un momento en que los líderes estatales han expresado su intención de dar marcha atrás en los requisitos de vacunación en Florida.

"Estamos creando un pozo negro de gérmenes en el que nuestros niños pueden caer", dijo la Dra. Tara Williams, pediatra académica general del Colegio de Medicina Osteopática de Orlando.

La tos convulsa es una infección respiratoria altamente contagiosa, especialmente peligrosa para bebés y niños pequeños, quienes pueden sufrir complicaciones graves como neumonía, convulsiones, daño cerebral o incluso la muerte. En niños mayores y adultos, puede causar ataques de tos prolongados que derivan en fracturas de costillas, vómitos o alteración del sueño.

El aumento de casos reportados es preocupante porque indica una disminución de la inmunidad, brechas en la cobertura de vacunación o una mayor propagación comunitaria, todo lo cual pone a las poblaciones vulnerables en mayor riesgo.

Esto ha llevado a los pediatras de Florida a intentar crear su propio sistema de alerta para notificarse entre sí en todo el estado en caso de un brote de una enfermedad infecciosa.

Para prevenir la tos convulsa, existe una serie de cinco vacunas que se administran desde los 2 meses hasta los 4 a 6 años de edad. Incluso quienes reciben una sola vacuna tendrán protección parcial, con consecuencias menos graves.

El Dr. Mobeen Rathore, ex presidente de la sección de Florida de la Academia Estadounidense de Pediatría y jefe de enfermedades infecciosas e inmunología del Hospital de Niños Wolfson en Jacksonville, dijo que ha visto un aumento de casos de tos convulsa en adolescentes y adultos jóvenes este año.

Según datos del Departamento de Salud de Florida, 63% de los casos corresponde a niños de 0 a 9 años de edad.

"Actualmente no existe una recomendación oficial para repetir la dosis de refuerzo después de los 10 años", afirmó Rathore. Sin embargo, si todos se vacunan según el calendario de la Academia Estadounidense de Pediatría, habría menos casos de tos convulsa en todos los grupos etaria y la transmisión comunitaria sería menos probable.

"Estamos viendo a muchas personas con tos convulsa que exponen a muchas otras en los servicios de urgencias y los consultorios médicos. Estas personas pueden no enfermarse gravemente, pero pueden contagiar y transmitir la enfermedad a otros, incluidos bebés y niños", dijo Rathore.

De noviembre de 2023 a abril de 2024, la tasa de incidencia en niños menores de 1 año fue de 1,52 cada 100.000 habitantes, [según el Departamento de Salud](#). Sin embargo, de noviembre de 2024 a abril de 2025, dicha tasa de incidencia aumentó a 9,1.

[En 2024](#), la tasa de vacunación en preescolares de Florida descendió a 90,6%, la más baja en más de una década. Casi 91% puede parecer alto, pero para enfermedades altamente contagiosas como el sarampión, por ejemplo, los expertos en salud pública recomiendan una tasa de vacunación de al menos 95%.

[Según los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de Estados Unidos](#), los casos de tos convulsa notificados han mostrado una tendencia a la baja desde un pico en noviembre de 2024, pero los casos siguen siendo elevados este año.

Pediatras de Florida buscan crear su propio sistema de alerta de brotes

A principios de septiembre, el Cirujano General de Florida, Joseph Abiodun Ladapo, y el gobernador Ronald Dion DeSantis anunciaron que el estado trabajaría con la Legislatura para [derogar todos los requisitos de vacunación](#).

"Todos y cada uno de ellos están equivocados y rezuman desdén y esclavitud", dijo Ladapo el 3 de septiembre en Valrico, condado de Hillsborough.

Ladapo dijo que el Departamento de Salud derogará las reglas dentro de su competencia que requieren vacunas, y que el gobernador y la Legislatura trabajarán para derogar el resto.

El departamento ya ha comenzado el proceso de eliminar las vacunas conjugadas contra la hepatitis B, la varicela, la infección por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) y el neumococo de los requisitos de inmunización.

Actualmente, Florida exige que los niños que ingresan a una escuela pública desde el jardín de infantes hasta el 12º grado tengan al menos cuatro dosis de la vacuna triple bacteriana acelular, aunque el estado permite exenciones religiosas "si las vacunas están en conflicto con los principios y prácticas religiosas de los padres o tutores del niño", según el Departamento de Salud del estado.

[En abril de 2025](#), según el Departamento de Salud, la prevalencia estimada de exenciones religiosas entre niños de 5 a 17 años era de 6,39%. Sin embargo, es probable que esa cifra sea mayor, ya que los padres pueden eximir información del [programa Florida SHOTS](#). Se trata del "sistema estatal de información sobre vacunación en línea, gratuito y seguro, que ayuda a los proveedores a gestionar los registros de vacunación".

"El estado también solía enviar alertas por correo electrónico cuando se producía un brote de una enfermedad infecciosa, pero eso dejó de hacerse hace aproximadamente dos años. Ya no sabemos qué está pasando. "Nos mantienen al margen y no hay información", dijo Williams.

Ahora, los pediatras de Florida buscan crear una forma de comunicar o crear su propio sistema de alerta sobre brotes de enfermedades infecciosas que afectan a los niños para poder estar atentos y evitar un retraso en el diagnóstico y la propagación en la comunidad.

"Me temo que será necesario que los niños vuelvan a morir de poliomielitis, de difteria y de complicaciones antes de que la gente vuelva a hacer fila para recibir vacunas", dijo Williams.



CHEQUIA

CONTINÚAN AUMENTANDO LOS CASOS DE HEPATITIS A

07/10/2025

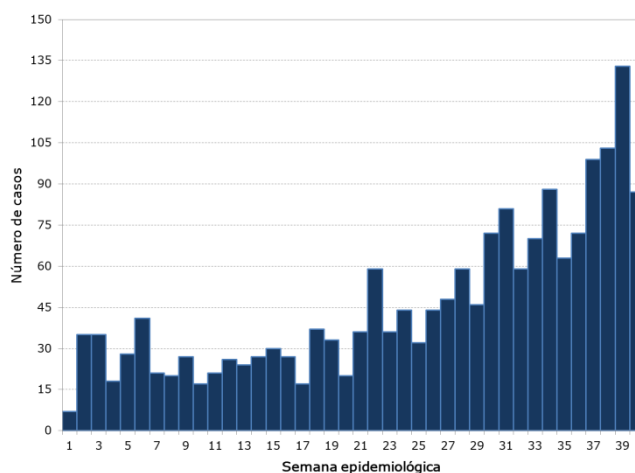
En 2025, hasta el 5 de octubre, se notificaron en Chequia 1.842 casos de hepatitis A. Los casos notificados hasta la fecha en 2025 superan significativamente el promedio y el número máximo de casos notificados entre 2018 y 2024.

Los casos de 2025 se notificaron en todos los grupos etarios; el más afectado fue el grupo de 35 a 39 años (204 casos), seguido de los grupos de 5 a 9 años (163 casos) y de 30 a 34 años (160 casos). La enfermedad también se notificó en 10 niños menores de 1 año.

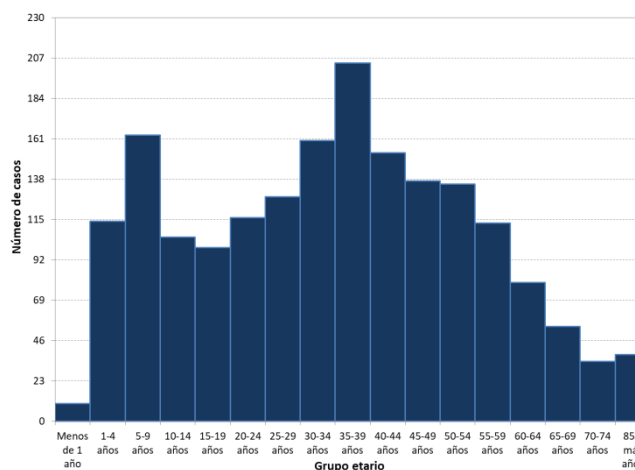
El último aumento de la incidencia de la hepatitis A en la Chequia se registró a fines de la década de 1990, y desde entonces ha disminuido de manera constante. Por esa razón, en la población está aumentando gradualmente el número de personas susceptibles, es decir, aquellas que aún no han contraído la enfermedad o no están vacunadas y tienen mayor probabilidad de infectarse al entrar en contacto con una persona u objetos infectados. Esto se evidencia en las epidemias locales en la población susceptible de los últimos años. En 2024, el número de casos confirmados de hepatitis A en Chequia alcanzó un total de 636 casos y se registraron dos muertes relacionadas con la enfermedad.

Se notificaron casos en todas las regiones de Chequia. La mayor cantidad de casos se reportó en la capital, Praha (737 casos), y las regiones de Středočeský (302 casos) y Moravskoslezský (150 casos). La menor cantidad de casos se reportó en la región de Vysočina (26 casos), Královéhradecký (27 casos) y la región de Plzeňský (35 casos).

Del total de 1.842 casos reportados en 2025, 1.491 fueron hospitalizados en departamentos de enfermedades infecciosas (80,9%), 106 en otros centros de salud y 180 personas no fueron



Casos notificados de hepatitis A, según semana epidemiológica. Chequia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Instituto Estatal de Salud.



Casos notificados de hepatitis A, según grupos etarios. Chequia. Año 2025, hasta semana epidemiológica 40. Fuente: Instituto Estatal de Salud.

hospitalizadas (en ocasiones debido a la capacidad de los centros de hospitalización correspondientes).

En septiembre, se reportaron cinco muertes, lo que hace un total de 21 para 2025, hasta el 5 de octubre. La mayoría de las muertes ocurrieron en personas con comportamientos de riesgo y otras enfermedades hepáticas crónicas. Es en estas personas que la hepatitis A puede tener un curso más grave o mortal. El riesgo de un curso grave y muerte aumenta con la edad y es mayor en personas con enfermedades hepáticas crónicas o inmunodepresión.

De las 21 muertes, 19 ocurrieron en hombres y dos en mujeres. Todas las muertes se registraron en adultos, en los grupos de edad de 35 a 39 años (3 muertes), de 40 a 49 años (4), de 50 a 59 años (5), de 60 a 69 años (5), de 70 a 79 (3) y de 80 años (1).

Del total de casos notificados en 2025, 432 casos se notificaron en personas con conductas de riesgo (incluso más de una por persona): 196 consumidores de drogas intravenosas, 209 en personas sin hogar y 27 privadas de libertad.

La hepatitis A tiene un largo período de incubación (15-50 días). El período contagioso comienza en la segunda mitad del período de incubación, cuando el virus ya está presente en las heces (1 a 2 semanas antes del inicio de los síntomas) y dura hasta 1 a 2 semanas después. La mayoría de los casos pueden ser asintomáticos. Por lo tanto, la prevalencia actual de la infección en la población se estima únicamente a partir de los datos sobre los casos sintomáticos notificados y sus contactos durante las epidemias. Los casos en período de incubación y los asintomáticos no se incluyen en el Sistema de Información de Enfermedades Infecciosas.

La hepatitis A, debido a las características de la infección y su modo de transmisión (principalmente fecal-oral), afecta principalmente a niños y adultos jóvenes.

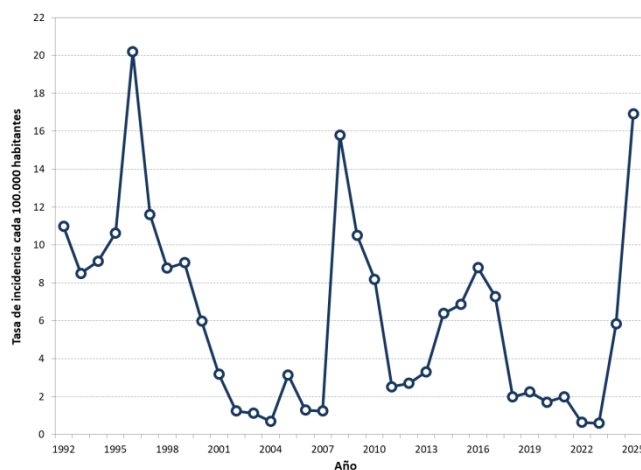
Es precisamente entre los grupos de niños y jóvenes donde probablemente sea más difícil mantener una higiene y un lavado de manos constantes, por ejemplo, después de ir al baño, antes de comer, etc. El mayor problema con los hábitos de higiene se presenta entre los niños pequeños, en comunidades socialmente excluidas, pero también entre las personas sin hogar, en albergues y alojamientos similares. Sin embargo, la infección puede ocurrir en cualquier persona susceptible. La transmisión de la hepatitis también es posible a través de objetos contaminados, como las manijas de las puertas o de los medios de transporte; en resumen, lugares y objetos que se tocan con frecuencia, donde se adhiere el virus. La transmisión de la infección se produce principalmente como resultado de malas condiciones de higiene y del incumplimiento de las medidas antiepidémicas específicas.

En Chequia se registran casos de hepatitis A tanto en la población infantil como en la de adolescentes y adultos, en personas con comportamientos de riesgo, especialmente en drogadictos y personas sin hogar. Dado que el país estaba entre los países con una incidencia relativamente baja de la enfermedad en las últimas décadas, una gran parte de la población es susceptible a la enfermedad, mientras que el número de casos notificados, también debido a la evolución asintomática de la enfermedad, probablemente no refleje la situación real.

El elevado número actual de muertes por hepatitis A se debe a la propagación de la enfermedad en la población de riesgo de personas sin hogar, alcohólicos y drogadictos, en quienes se puede presumir daño hepático crónico, lo cual es muy significativo en cuanto a la evolución de la enfermedad.

Las principales medidas preventivas siguen incluyendo la vacunación contra la enfermedad, garantizar agua potable segura y alimentos higiénicamente seguros, así como el cumplimiento constante de los hábitos básicos de higiene, especialmente el lavado de manos regular.

En Chequia existen vacunas seguras y eficaces para niños y adultos. La protección básica se consigue con una sola dosis. Para obtener protección a largo plazo contra las infecciones por el virus de la hepatitis A, se requiere una segunda dosis, que se administra entre 6 y 18 meses después de la primera.



Tasa de incidencia de hepatitis A cada 100.000 habitantes. Chequia. Años 1992/2025. Fuente: Instituto Estatal de Salud.

El 26 de septiembre de 2025 se notificaron dos casos de botulismo en Bretagne, según informó el Ministerio de Agricultura y Soberanía Alimentaria de Francia. Estos casos se relacionaron con el consumo de tortillas de papa producidas en España por una fábrica del grupo Palacios. Los análisis del Centro Nacional de Referencia para el botulismo del Instituto 'Dr. Louis Pasteur' confirmaron la presencia de la bacteria *Clostridium botulinum* en los restos de la tortilla consumida por uno de los enfermos.

Las dos personas afectadas por esta rara pero potencialmente grave afección neurológica fueron hospitalizadas en el Servicio de Neurología del Centro Hospitalario Intercomunal de Cornouaille en Quimper (Finistère), indicó el Ministerio de Salud el 2 de octubre. "Su estado de salud es estable", según el ministerio, que indicó que "no se han reportado otros casos en Bretagne".



Llamado a la vigilancia

En su comunicado de prensa, el ministerio solicitó a las personas que aún conserven los productos implicados que no los consuman, que no los abran y que los desechen.

Teniendo en cuenta el periodo de incubación (de unas horas a unos días) y la gravedad potencial de la enfermedad, se instó a las personas que hayan consumido estos productos a extremar la vigilancia y a consultar a un médico en caso de presentar síntomas, como problemas de visión, dificultad para tragar, sequedad de boca, dificultad para hablar, etc.

Está sucediendo de nuevo.

A principios de septiembre, una serie de muertes infantiles inexplicables en un pequeño pueblo de Madhya Pradesh puso a trabajar a los trabajadores sanitarios locales.

Al menos 19 víctimas, de entre uno y seis años, murieron pocas semanas después de tomar un jarabe común para la tos. Las autoridades analizaron todo, desde el agua potable hasta los mosquitos, antes de descubrir la verdad: sus riñones habían fallado.

Semanas después, un laboratorio estatal en la ciudad sureña de Chennai confirmó lo peor. El jarabe en cuestión contenía 48,6% de dietilenglicol, un disolvente industrial tóxico que nunca debería encontrarse en medicamentos. La insuficiencia renal es común tras el consumo de este alcohol tóxico.

El horror no se limitó a Madhya Pradesh. En el vecino estado de Rajastán, la muerte de dos niños pequeños, presuntamente tras consumir un jarabe de dextrometorfano de fabricación local (un supresor de la tos peligroso para niños muy pequeños), provocó indignación y una investigación gubernamental.

Para India, esto provocó una triste sensación de *déjà vu*.

A lo largo de los años, el dietilenglicol presente en jarabes para la tos fabricados en India ha cobrado decenas de vidas jóvenes. En 2023, jarabes indios contaminados con dietilenglicol se relacionaron con la muerte de 70 niños en [Gambia](#) y 18 en [Uzbekistán](#).

Entre diciembre de 2019 y enero de 2020, al menos 12 niños menores de cinco años murieron en Jammu, en la Cachemira administrada por India, presuntamente por el consumo de jarabe para la tos. Activistas sugieren que el número de víctimas podría haber sido mayor. Anteriormente, también se ha abusado de jarabes para la tos que contienen codeína, un opioide suave que puede producir euforia en dosis altas y causar dependencia, y no se recomienda para niños pequeños.

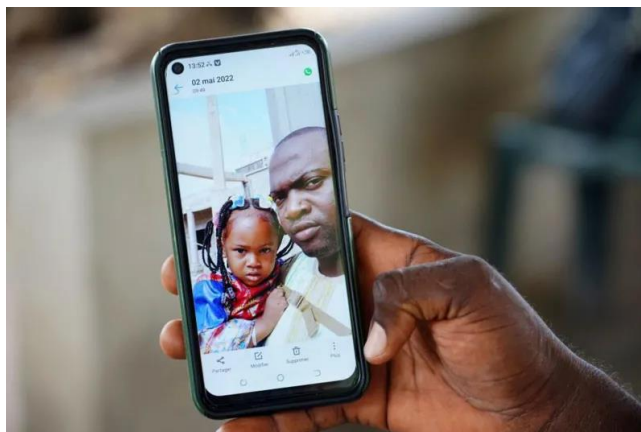
Cada vez que los reguladores prometen reformas, reaparecen jarabes contaminados, lo que refleja un mercado de medicamentos fragmentado y, según alegan los críticos, un sistema regulatorio débil que lucha por supervisar cientos de jarabes de bajo costo, a menudo no aprobados, producidos por fabricantes más pequeños y vendidos sin receta.

Días después de las últimas muertes infantiles, el Ministerio de Salud de India instó a un uso "racional" de esos medicamentos (advirtiendo efectivamente a los médicos que tuvieran más cuidado al recetarlos a niños pequeños), confiscó muestras del jarabe, suspendió y prohibió las ventas y ordenó una investigación.



Un padre sostiene una foto de su hijo, que es uno de los al menos 12 niños menores de cinco años cuyas muertes supuestamente han sido relacionadas con un jarabe para la tos en Jammu.

Pero el problema, según los críticos, va más allá de la prescripción excesiva. Cada nueva tragedia expone la corrupción del sistema de supervisión de medicamentos de India: un laberinto de deficiente aplicación y regulación. Se prevé que el mercado indio de jarabe para la tos se dispare de 262,5 millones de dólares en 2024 a 743 millones de dólares en 2035, con un crecimiento anual compuesto de 9,9%, según Market Research Future.



En 2023, jarabes indios contaminados se relacionaron con la muerte de 70 niños en Gambia.

Pero nada de esto ocurriría si India, y los indios, pudieran dejar de depender de su obsesión con los jarabes para la tos. Durante décadas, los médicos los han recetado y los pacientes los han tomado, a pesar de que la mayoría son poco beneficiosos y potencialmente pueden causar graves daños.

Comercializados como un alivio rápido para el dolor de garganta y la tos persistente, estos jarabes dulces mezclan azúcar, colorante y saborizante con un cóctel de antihistamínicos, descongestionantes y expectorantes.

En teoría, cada ingrediente cumple una función: uno seca las secreciones, otro diluye la flema y un tercero atenúa el reflejo de la tos. En la práctica, la evidencia de que sean beneficiosos es escasa: la mayoría de las toses mejoran por sí solas en pocos días.

La tos puede ser consecuencia de una infección o de una reacción alérgica. Los jarabes para la tos se dividen en dos tipos: sedantes, que ayudan al niño a descansar, y broncodilatadores, que facilitan la respiración. Los médicos suelen recetar uno u otro, no una combinación.

“La mayoría de las toses persistentes en niños de las ciudades indias, cada vez más contaminadas, no se deben a infecciones, sino a alergias e irritación de las vías respiratorias inferiores”, según el Dr. Rajaram D. Khare, pediatra de Bombay. Las alergias se producen cuando el sistema inmunitario reacciona de forma exagerada a desencadenantes como el polvo y la contaminación.

“Estos niños suelen presentar resfrío o goteo nasal y tos que empeora por la noche o temprano en la mañana, y que reaparece cada pocas semanas. En las grandes ciudades, estas toses recurrentes y húmedas suelen estar provocadas por el polvo y el smog, a veces acompañadas de un broncoespasmo leve”, explicó.

Khare dijo que este tipo de tos responde mejor a los broncodilatadores, preferiblemente a través de inhaladores o nebulizadores, aunque muchos médicos todavía recurren a jarabes que ofrecen sólo un alivio limitado.

La mayoría de las toses infantiles son virales, autolimitadas y se resuelven por sí solas en una semana. Los médicos afirman que ningún jarabe acorta su duración; en el mejor de los casos, ofrecen un alivio fugaz. En el peor, conllevan riesgos de adicción, toxicidad y sobredosis.

“No suelo recetar jarabes para la tos para la tos y los resfriados comunes, salvo ocasionalmente para aliviar el malestar. Si un niño tose mucho y no puede dormir, puedo administrarle una dosis de un jarabe suave para aliviar las molestias. El objetivo principal es el alivio, no el tratamiento, sobre todo cuando la tos es seca y forma parte de una infección viral”, afirmó Khare.

Entonces, ¿por qué se recetan tan ampliamente los jarabes para la tos en India?

Una de las razones es la debilidad del sistema de atención primaria de la India, sobre todo en las localidades más pequeñas y las zonas rurales. Dado que la creciente contaminación atmosférica agrava la tos persistente, se utilizan cada vez más para tratar infecciones respiratorias comunes.

El problema es más grave en las zonas rurales. En la India rural, hasta 75% de las consultas de atención primaria son atendidas por médicos informales, a menudo profesionales de la salud rurales autodidactas o médicos rurales sin formación médica formal.



La policía de India aplastó con una apisonadora jarabes para la tos con codeína confiscados para conmemorar el Día de la Destrucción de las Drogas.

En lugares donde el centro de salud público local está lejos, con poco personal o cerrado, son los médicos de facto, y los jarabes son sus herramientas más confiables. Cuando estuvo destinado en Gorakhpur, una ciudad de Uttar Pradesh, el Dr. Kafeel Khan, pediatra, recordó que “se repartían jarabes por todas partes, incluso por personas sin título universitario”.

En muchas de estas ciudades, los pacientes dependen de cualquiera que parezca tener conocimientos médicos, desde médicos informales hasta comerciantes, para controlar incluso las toses más comunes.

"Muchos pacientes pobres acuden a las farmacias locales en busca de asesoramiento, asumiendo que la persona detrás del mostrador es un farmacéutico; en 10 de cada 10 casos en la India rural, esa es una suposición errónea", dijo Dinesh Thakur, un ex ejecutivo farmacéutico indio convertido en experto en salud pública.

Si bien, anecdóticamente, parece que este problema se limita principalmente a las pequeñas ciudades y la India rural, existen datos que indican que no es así. Se observa un comportamiento similar también en las grandes ciudades. La única diferencia es que la calidad del suministro de medicamentos en las pequeñas ciudades y la India rural es mucho peor que en las grandes ciudades.

Otro factor que impulsa esta tendencia es la presión combinada de padres ansiosos y lagunas en el conocimiento médico.

"Los padres no siempre están bien informados y pueden impacientarse. Si la tos o el resfrío de un niño no mejoran en un par de días, suelen consultar a otro médico, quien les recetará un jarabe para la tos", explicó Khan.

El desconocimiento de los médicos agrava el problema. Khan afirmó haber visto incluso a pediatras recetar jarabe para la tos con ambroxol a niños.

"Está diseñado para disolver el esputo, pero los niños menores de dos años no pueden escupirlo, por lo que la mucosidad puede ser aspirada hacia los pulmones y causar neumonía; aun así, se sigue recetando".

India necesita una política clara sobre los jarabes para la tos y concienciación nacional entre médicos y padres para frenar su uso imprudente. Hay mucho en juego: el médico de Madhya Pradesh que recetó el jarabe vinculado a las recientes muertes infantiles defendió su práctica, afirmando: “Llevo 15 años recetando este jarabe para la tos”.

En los últimos meses, la situación humanitaria en Gaza se deterioró a niveles impredecibles, con una escalada de las hostilidades que provocó el desplazamiento masivo de civiles y desbordó el ya frágil sistema sanitario, llevándolo al práctico colapso. Los funcionarios de la Organización de Naciones Unidas (ONU) advirtieron que miles de civiles han quedado con lesiones que les han cambiado la vida sin poder recibir tratamiento.

Mientras las Fuerzas de Defensa de Israel continúan su ofensiva terrestre en la ciudad de Gaza, una serie de órdenes de evacuación obligó a los civiles a huir del norte de la Franja hacia el sur.

A partir del 1 de octubre, todas las instalaciones sanitarias que quedan en Gaza están funcionando a capacidad parcial, enfrentando una escasez crítica de suministros médicos, lo que dificulta el acceso a los servicios básicos de emergencia. Miles de pacientes se apiñan en refugios con malas condiciones sanitarias, expuestos a los explosivos y enfrentándose a la malnutrición y a lesiones que alteran sus vidas.

“Las familias del sur de Gaza se apiñan en estos y otros refugios superpoblados o en tiendas de campaña improvisadas a lo largo de la costa”, dijo el portavoz adjunto de la ONU, Farhan Haq.

“Muchos otros duermen a la intemperie, a menudo entre escombros. Los recién llegados al sur se enfrentan a malas condiciones sanitarias, falta de privacidad y seguridad, y un alto riesgo de que los niños se separen de sus familias, todo ello mientras están expuestos a artefactos explosivos”, añadió.

El 2 de octubre, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó una actualización de sus conclusiones relacionadas con los traumas y la magnitud de las necesidades médicas en Gaza.

Rik Peeperkorn, representante de la OMS para los territorios palestinos ocupados, señaló que los traumas están muy extendidos, con unos 42.000 civiles que han sufrido lesiones que les han cambiado la vida, de los cuales aproximadamente una cuarta parte son niños.

“Estas lesiones que cambian la vida representan una cuarta parte de todas las lesiones notificadas, de un total de más de 167.300 personas heridas desde octubre de 2023”, afirmó Peeperkorn. “Los supervivientes luchan contra el trauma, la pérdida y la supervivencia diaria, en un contexto en el que los servicios de derivación psicosocial siguen siendo escasos”, añadió.

En octubre de 2023 Israel sufrió un ataque de la milicia islamista Hamás, que mantiene el control de la Franja de Gaza, lo que provocó una brutal ofensiva desde entonces de las fuerzas israelíes, donde, según las cifras más conservadoras, han muerto cerca de 70.000 personas, la



Dos niños frente a una tienda de campaña, el 26 de septiembre, utilizada para brindar servicios médicos en el Hospital Al-Aqsa de Deir al-Balah, en la Franja de Gaza.

mayoría mujeres y niños, mientras se ha destruido la mayoría de los edificios, incluidos la casi totalidad de los centros de salud.

Según el informe de la OMS, el número estimado de civiles que necesitan rehabilitación a largo plazo por lesiones relacionadas con el conflicto casi se ha duplicado, pasando de 22.500 en julio de 2024 a al menos 41.844 en septiembre.

La OMS registró un elevado número de traumas relacionados con explosiones, entre los que se incluyen amputaciones, quemaduras, lesiones de la médula espinal, daños maxilofaciales y oculares, y lesiones cerebrales traumáticas. Estas afecciones suelen provocar discapacidades graves y desfiguraciones, y muchos pacientes no pueden acceder a la atención médica que les salvaría la vida.

El informe destaca la grave falta de acceso a la cirugía reconstructiva y a los servicios de rehabilitación, agravada por la hambruna, las condiciones de vida insalubres, los brotes de enfermedades y la grave escasez de atención psicosocial, todo lo cual afecta de manera desproporcionada a las poblaciones más vulnerables.

Las personas con discapacidades y enfermedades crónicas soportan la carga más pesada, ya que carecen de acceso crítico a un apoyo sostenido y a largo plazo.

El reciente aumento de los casos de síndrome de Guillain-Barré, un trastorno autoinmune que ataca los nervios periféricos fuera del cerebro y la médula espinal, intensificó aún más estos retos.

Además, los expertos médicos prevén que los efectos a largo plazo de la hambruna, las enfermedades y los desplazamientos serán especialmente difíciles de superar para los habitantes de Gaza en un futuro previsible.

Peeperkorn informó que la recuperación a largo plazo será difícil para la gran mayoría de la población civil debido a la inseguridad alimentaria rampante.

“Si se habla con los médicos y especialistas de los hospitales, dicen que incluso las heridas traumáticas simples no se recuperaban rápidamente porque casi todos los pacientes presentaban algún grado de malnutrición. Todo el proceso de recuperación se prolongaba mucho”, afirmó.

Según la Oficina de Naciones Unidas para la Coordinación de Asuntos Humanitarios, las organizaciones humanitarias entregaron algo más de 14.400 toneladas de alimentos a Gaza a través del sistema de ayuda coordinado por la ONU, lo que supone menos de 26% de lo necesario para satisfacer las necesidades básicas diarias.

Más de 77% de esta ayuda se perdió durante el transporte, lo que limitó gravemente la cantidad que llegó a los almacenes de los socios para su distribución.

“Hay un poco más de alimentos, eso es cierto”, afirmó Peeperkorn. “Los precios siguen siendo demasiado altos para muchas familias y los alimentos aún no son lo suficientemente variados si se tiene en cuenta que hay varios grupos especialmente vulnerables”, detalló.

En la actualidad, menos de 14 de los 36 hospitales de Gaza siguen funcionando, aunque muy parcialmente, ocho de ellos en la ciudad de Gaza. Entre el 11 y el 28 de septiembre, la OMS registró 44 puntos de servicios sanitarios que dejaron de funcionar.

Peeperkorn señaló que entre 200.000 y 300.000 civiles huyeron del norte del enclave hacia el sur, mientras que entre 800.000 y 900.000 permanecieron en el norte, donde el acceso a los servicios básicos es especialmente difícil.

“Los servicios sanitarios en la gobernación del norte de Gaza solo se prestan a través de un punto médico que funciona especialmente bien. Observamos una grave escasez de artículos esenciales, como kits de vendajes, en particular gasas, pero también materiales esenciales para el cuidado postoperatorio de heridas, lo que afecta gravemente a la capacidad de atender casos de traumatismos”, dijo.

Peeperkorn señaló que la OMS preparó una serie de suministros médicos para su entrega en Gaza, pero la inseguridad generalizada y las restricciones de acceso siguen impidiendo su distribución. Como resultado, los centros de salud de Gaza siguen sin poder proporcionar atención especializada más allá del tratamiento básico de urgencia.

La OMS hizo hincapié en la urgente necesidad de evacuaciones médicas, en particular para los casos graves, como las lesiones cerebrales, ya que muchos pacientes sufren múltiples formas de traumatismos. Se estima que más de 15.000 personas, entre ellas 3.800 niños, necesitan urgentemente atención especializada fuera de Gaza.

“Necesitamos que muchos más países acepten pacientes y que se restablezca la vía de derivación de Cisjordania y Jerusalén Este”, dijo Peeperkorn.

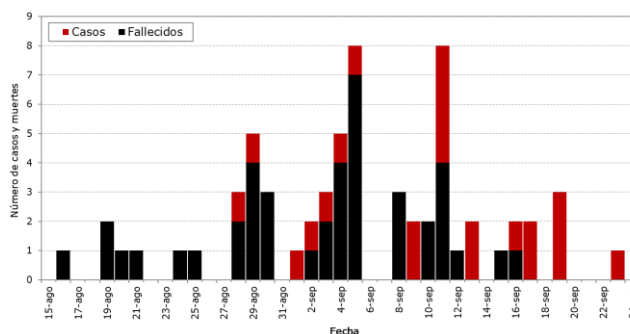
El brote de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo muestra indicios de contención, sin nuevos casos confirmados ni probables reportados desde el 30 de septiembre.

Sin embargo, se reportó la muerte de un neonato de 3 semanas entre los casos confirmados hospitalizados. Al 5 de octubre de 2025, han transcurrido diez días sin ningún caso nuevo reportado, lo que indica un posible control de la transmisión en las zonas afectadas. Los casos más recientes se reportaron en las áreas sanitarias de Bulape y Dikolo el 26 de septiembre de 2025, mientras que otras áreas sanitarias previamente afectadas dentro de la Zona Sanitaria de Bulape no han reportado nuevos casos durante más de una a tres semanas. Estas incluyen Ingongo (24 días), Bulape Communautaire (17 días), Bambalaie (16 días) y Mpianga (13 días).

Un total de 1.985 contactos permanecen en seguimiento, de los cuales 1.957 (98,6%) fueron atendidos al 5 de octubre de 2025. Durante la última semana, seis pacientes fueron tratados y dados de alta del Centro de Tratamiento del Ébola (CTE), lo que eleva el número total de recuperaciones a 15 desde el inicio del brote. Seis casos confirmados permanecen hospitalizados y reciben atención clínica. Si no se notifican nuevos casos, el país iniciará la cuenta regresiva de 42 días para declarar el fin del brote, una vez que los pacientes restantes reciban el alta.

En total, se han notificado 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluidas 43 muertes (32 confirmadas y 11 probables) en seis áreas sanitarias afectadas de la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo, desde el inicio del brote. La tasa bruta de letalidad es de 67,2%. Se han registrado cinco casos entre personal sanitario (cuatro enfermeras y un técnico de laboratorio), tres de los cuales han fallecido. Los epicentros del brote se han localizado en las áreas sanitarias de Dikolo (26 casos, 15 fallecimientos) y Bulape (24 casos, 20 fallecimientos), que en conjunto representan 78,1% del total de casos notificados y 81,4% de todas las muertes.

La fase inicial del brote se caracterizó por la transmisión nosocomial y un evento de superpropagación vinculado al funeral del presunto caso índice. Durante este período, una alta proporción de casos y fallecimientos se produjo en niños de 0 a 4 años, y la tasa de letalidad fue muy alta. Sin embargo, a medida que se intensificaron las actividades de respuesta tras la declaración oficial del brote el 4 de septiembre de 2025, el número de casos en niños disminuyó, al igual que la tasa de letalidad. El tiempo medio transcurrido desde la aparición de los síntomas hasta el aislamiento también disminuyó de cinco días al inicio del brote a dos días al final de la semana epidemiológica 39, lo que contribuyó aún más a reducir la mortalidad y a limitar la propagación.



Casos y muertes por enfermedad por el virus del Ébola. Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai, República Democrática del Congo. Del 15 de agosto al 24 de septiembre de 2025. Fuente: Oficina Regional para África de la Organización Mundial de la Salud.



El Ministerio de Salud y de Higiene Pública de Senegal informó el 10 de octubre que el brote de fiebre del Valle del Rift alcanzó ya los 140 casos humanos confirmados y 18 muertes.

El brote, que comenzó en la región de Saint-Louis en septiembre, se extendió a cuatro regiones: en la región de Saint-Louis, se han reportado 130 casos, con 91 pacientes ya recuperados hasta la fecha; la región de Louga reportó cuatro casos, la de Matam cinco casos y la de Fatick un caso.

El Dr. Boly Diop, responsable de la vigilancia de la fiebre del Valle del Rift en el Ministerio de Salud, declaró: “Es la primera vez que Senegal registra tantas personas afectadas”.

El 2 de octubre se celebró una reunión intersectorial sobre la enfermedad en el Ministerio de Salud y de Higiene Pública, de la que participaron técnicos de ambiente, ganadería y salud.

La reunión se centró en la campaña de vacunación del ganado. El Dr. Ibrahima Sy también destacó la necesidad de fortalecer la capacidad sanitaria, en particular en cuanto a camas de cuidados intensivos.

Por su parte, el Ministro de Agricultura reiteró la importancia de apoyar a los criadores para limitar los movimientos masivos y descontrolados de rebaños identificados como uno de los principales factores de propagación de la enfermedad.

Se destacó la dimensión comunicacional, con el lanzamiento de una amplia campaña de sensibilización que movilizó periódicos, cadenas de televisión, radios y medios comunitarios, además de acciones locales.

La última gran epidemia en Senegal ocurrió a fines de la década de 1980, cuando mató a más de 200 personas en el país y en la vecina Mauritania.

La fiebre del Valle del Rift es una zoonosis viral que afecta principalmente a los animales, pero también puede afectar a los humanos. Tanto en animales como en humanos, la infección puede causar síntomas graves. Produce pérdidas económicas considerables debido a la muerte y el aborto de animales en rebaños infectados.

El virus de la fiebre del Valle del Rift pertenece al género *Phlebovirus*. Se identificó por primera vez en 1931 durante la investigación de un brote que afectó a ovejas en el Valle del Rift, Kenia. Varias especies de mosquitos pueden actuar como vectores del virus.

El virus de la fiebre del Valle del Rift puede infectar a muchas especies animales, causando enfermedades graves en algunos animales domésticos, como el ganado vacuno, las ovejas, los dromedarios y las cabras. Las ovejas y las cabras parecen ser más susceptibles a la enfermedad que el ganado vacuno o los dromedarios.

En la mayoría de los casos, la infección humana se produce por contacto directo o indirecto con sangre u órganos animales contaminados. El virus puede transmitirse a los humanos al manipular tejidos animales durante el sacrificio o la matanza, durante los partos y procedimientos veterinarios, o durante la eliminación de cadáveres o fetos. Por lo tanto, ciertos grupos ocupacionales, como criadores, agricultores, trabajadores de mataderos y veterinarios, tienen un mayor riesgo de infección. Al parecer, los humanos también pueden infectarse al consumir leche no pasteurizada de animales infectados.

Algunas personas también se han infectado a través de picaduras de mosquitos infectados, más comúnmente mosquitos *Aedes* o *Culex*. La transmisión del virus de la fiebre del Valle del Rift también es posible a través de moscas hematófagas.

Hasta la fecha, no se ha observado transmisión del virus de la fiebre del Valle del Rift de persona a persona y no se han notificado casos de transmisión a cuidadores cuando se tomaron las precauciones normales de control de infecciones.

El período de incubación de la enfermedad es de dos a seis días. La mayoría de las infecciones en humanos son asintomáticas o leves. En su forma leve, la enfermedad se presenta con un síndrome gripal caracterizado por la aparición repentina de fiebre, dolor muscular y articular, y cefalea. Algunas personas experimentan rigidez de nuca, sensibilidad a la luz, pérdida de apetito y vómitos. En algunos casos, al inicio de la enfermedad, es difícil distinguir la fiebre del Valle del Rift de la meningitis.

Los síntomas suelen durar entre cuatro y siete días, tras los cuales se puede detectar la respuesta inmune mediante la aparición de anticuerpos; el virus luego desaparece gradualmente del torrente sanguíneo.

En un pequeño porcentaje de casos, la enfermedad se manifiesta de una forma mucho más grave. Normalmente aparecen uno o más de los tres síndromes siguientes:

- Lesiones oculares (0,5-2% de los casos): Los síntomas asociados con la forma leve de la enfermedad se acompañan de lesiones retinianas. Las lesiones oculares suelen aparecer entre 1 y 3 semanas después de los primeros síntomas. Las personas afectadas refieren disminución de la agudeza visual o visión borrosa. La enfermedad puede resolverse espontáneamente en un plazo de 10 a 12 semanas. Sin embargo, cuando las lesiones se localizan en la mácula, provocan ceguera permanente en 50% de los casos.
- Meningoencefalitis (menos de 1% de los casos): La meningoencefalitis suele aparecer de 1 a 4 semanas después de los primeros síntomas de fiebre del Valle del Rift. Se manifiesta clínicamente con cefalea intensa, pérdida de memoria, alucinaciones, desorientación, confusión, mareos, convulsiones, letargo y coma. Pueden presentarse complicaciones neurológicas después de dos meses o más. Aunque la tasa de mortalidad en estos casos es baja, es frecuente que se produzca un déficit neurológico residual, a veces grave.
- Fiebre hemorrágica (menos de 1% de los casos): Los síntomas de fiebre hemorrágica aparecen de dos a cuatro días después del inicio de la enfermedad. Los primeros síntomas indican daño hepático grave. Posteriormente, aparecen fenómenos hemorrágicos: hematemesis, heces con sangre, púrpura o equimosis (causadas por hemorragia cutánea interna), hemorragia nasal o gingival, menorragia y sangrado en las zonas de venopunción. En estos casos, la tasa de letalidad es de aproximadamente 50%. El fallecimiento suele ocurrir de tres a seis días después del inicio de los síntomas.

El virus del papiloma humano (VPH) es la infección de transmisión sexual más común en todo el mundo y la principal causa de cáncer de cuello uterino. También causa otros cánceres genitales, así como cánceres de cabeza y cuello, tanto en mujeres como en hombres. Según la Agencia Internacional para la Investigación del Cáncer, el VPH es responsable de más de 690.000 nuevos casos de cáncer cada año, lo que representa aproximadamente 4,5% de todos los cánceres a nivel mundial.



También protege a las mujeres que no han recibido la vacuna

Un estudio a gran escala y a largo plazo descubrió que la introducción de la vacuna contra el VPH en entornos comunitarios es muy eficaz para proteger a las mujeres jóvenes de las infecciones causadas por este virus, incluso a las que ni siquiera recibieron la vacuna.

El estudio arroja dos conclusiones alentadoras: en primer lugar, las vacunas contra el VPH funcionan adecuadamente en situaciones reales, incluso en mujeres con alto riesgo de contraer el VPH que podrían no haber recibido todas las dosis de la vacuna. En segundo lugar, muestra una clara evidencia de inmunidad de grupo, lo que significa que cuando se vacuna a un número suficiente de personas, se protege indirectamente a las personas no vacunadas al reducir la transmisión general del virus. Estos resultados refuerzan el potencial de la vacuna contra el VPH para prevenir la infección y, en última instancia, eliminar el cáncer de cuello uterino a nivel mundial.

Fuerte protección contra la infección

Si bien los ensayos clínicos aleatorizados demostraron que las vacunas contra el VPH confieren una fuerte protección contra la infección, los participantes en esos estudios tendían a ser más saludables y con menor riesgo de VPH que la población general, por lo que no eran necesariamente representativos de la comunidad en general.

Por esa razón, era necesario evaluar cómo funciona la vacuna en entornos del mundo real que incluyan a mujeres jóvenes que tenían un riesgo relativamente alto de VPH y tenían diferentes niveles de aceptación de la vacuna.

El equipo de investigación realizó seis estudios en Cincinnati con 2.335 mujeres adolescentes y adultas jóvenes entre 2006 (justo antes de la disponibilidad de la primera vacuna contra el VPH) y 2023. Las participantes tenían entre 13 y 26 años al momento de la inscripción. Muchas reportaron comportamientos sexuales que aumentaban el riesgo de contraer el VPH: 79% tenía dos o más parejas sexuales masculinas, y 51% tenía antecedentes de al menos una infección de transmisión sexual.

Las participantes se consideraron vacunadas si habían recibido al menos una dosis de cualquiera de las vacunas contra el VPH disponibles: la vacuna bivalente, que protege contra los tipos 16 y 18 del VPH (responsables de más de 70% de los cánceres de cuello uterino); la vacuna 4-valente, que protege contra los tipos 16 y 18 del VPH y añade protección contra los tipos 6 y 11 (que causan alrededor de 90% de las verrugas genitales); y la actual vacuna 9-valente, introducida en 2014, que además de los tipos de VPH 6, 11, 16 y 18, protege contra cinco tipos adicionales relacionados con el cáncer (31, 33, 45, 52 y 58); los tipos a los que se dirige esta vacuna causan alrededor de 90% de los cánceres de cuello uterino.

Durante los 17 años que duró el estudio, las tasas de vacunación contra el VPH aumentaron de 0% a 82%. A medida que aumentó la cobertura de vacunación, las tasas de infección por VPH disminuyeron drásticamente entre las participantes vacunadas: las infecciones por los tipos cubiertos por la vacuna bivalente disminuyeron 98,4%; las infecciones por los tipos cubiertos por la vacuna tetravalente disminuyeron 94,2%; las infecciones por los tipos cubiertos por la vacuna nonavalente disminuyeron 75,7%.

Los resultados muestran que las vacunas contra el VPH son altamente efectivas fuera de los ensayos controlados y podrían reducir drásticamente las tasas de cáncer de cuello uterino y otros cánceres causados por el VPH, incluidos otros cánceres genitales y cánceres de cabeza y cuello.

Evidencia sólida de inmunidad de grupo

Los investigadores también encontraron evidencia sólida de inmunidad de grupo. Entre las mujeres no vacunadas: las infecciones por los tipos de VPH cubiertos por la vacuna bivalente disminuyeron 71,6%; las infecciones por los tipos cubiertos por la vacuna 4-valente disminuyeron 75,8%.

El alto grado de inmunidad colectiva probablemente se relacione con las sólidas tasas de vacunación y la vacunación tanto de niños como de niñas. Si bien aún no hay suficientes datos para confirmar la protección colectiva con la vacuna nonavalente introducida más recientemente, los resultados son prometedores.

El Reporte Epidemiológico de Córdoba hace su mejor esfuerzo para verificar los informes que incluye en sus envíos, pero no garantiza la exactitud ni integridad de la información, ni de cualquier opinión basada en ella. El lector debe asumir todos los riesgos inherentes al utilizar la información incluida en estos reportes. No será responsable por errores u omisiones, ni estará sujeto a acción legal por daños o perjuicios incurridos como resultado del uso o confianza depositados en el material comunicado.

A todos aquellos cuyo interés sea el de difundir reportes breves, análisis de eventos de alguna de las estrategias de vigilancia epidemiológica o actividades de capacitación, les solicitamos nos envíen su documento para que sea considerada por el Comité Editorial su publicación en el Reporte Epidemiológico de Córdoba.

Toda persona interesada en recibir el Reporte Epidemiológico de Córdoba en formato electrónico, por favor solicitarlo por correo electrónico a reporteepidemiologicocba@gmail.com aclarando en el mismo su nombre y la institución a la que pertenece.